

значительные изменения в содержании витамина D₃, кальция и фосфора. Одной из возможных причин этого можно считать снижение активности ферментов 25- и 1-гидроксилаз в поврежденных тканях почек и печени. В результате вышесказанного нарушается образование активного кальцитриола из витамина D₃, что в свою очередь приводит к развитию вторичного остеопороза у этих больных.

Таким образом, результаты исследования выявили роль недостаточности витамина D₃ в развитии вторичного остеопороза у больных хронической почечной и печеночной недостаточностью (2,3). Это, в свою очередь, может помочь в ранней диагностике и разработке адекватных методов лечения развития вторичного остеопороза у таких больных.

Литература

1. Maria Chan, David Johnson, Vitamin D therapy (supplementation) in early chronic kidney disease // "Kidney health", 2012, p. 1-12

2. Thadhanir R., Appelbaun E. et al. Vitamin D therapy and cardiac structur and function in patients with chronic kidney disease // The journal of the American Medical Assosation, 2012, N.305, p. 674-684

3. Ravani P., Malberti F. et al. Vitamin D levels and patients out come inchronic kidney disease // Kidney International 2017, N 50, p.69-77

4. Harper's Illustrated Biochemistry, 2015, "Lange Medical Book"

5. Polasik K.K., Piotrońska E. et al. Vitamin D status in patients with reumatoid artritis: a correlation analysis with disease activity and progression, as well as serum Il-6 levels // acts Biochimics Polonica, 2011, V.64, p. 1-4

6. Hong Q., Xu J. et al. Associations between serum hydroxyvitamin D and disease activity, inflammatory cytokines and loos in patients with rheumatoid arthritis // Rheumatology (Oxford), 2014, v.54, p.13

7. Торонцова Н.В., Аникин С.Т. Витамин D и ревматоидный артрит: что мы знаем сегодня? // Научно-практическая ревматология, 2011, №2 с. 46-51

Афанасьев Николай Евгеньевич

кандидат медицинских наук

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ставропольского края городская поликлиника №2, Россия, Ставрополь

ОПЫТ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

Afanasev N.E.

Candidate of Medical Sciences

State Budget Health Institution of the Stavropol Region
Municipal polyclinic №2, Russia, Stavropol

EXPERIENCE OF PROVIDING MEDICAL ASSISTANCE TO PATIENTS WITH HOSPITAL PNEUMONIA IN RURAL AREAS

Аннотация. Проведен ретроспективный анализ особенностей течения внебольничной пневмонии и лечения таких больных в стационарах круглосуточного пребывания в Шпаковском районе Ставропольского края Российской Федерации за 2010 – 2017 гг. Заболеваемость ВП в районе составила 40% от общего числа зарегистрированных случаев болезней органов дыхания, что свидетельствует об актуальности проблемы ВП для сельского населения. Максимальную заболеваемость регистрировали у лиц от 18 до 55 лет, и она составила 66,7% у трудоспособных пациентов стационаров. Фармакотерапия соответствовала стандарту первичной медико-санитарной помощи при пневмонии и обеспечивала выздоровление в 86,2% случаев.

Annotation. retrospective analysis of the features of the course of community-acquired pneumonia and the treatment of such patients in hospitals around the clock in the Shpakovsky district of the Stavropol Territory of the Russian Federation for 2010 - 2017 was carried out. The incidence of CAP in the region amounted to 40% of the total number of registered cases of respiratory diseases, which indicates the urgency of the CAP problem for the rural population. The maximum incidence was recorded in persons aged 18 to 55 years, and it amounted to 66.7% in able-bodied patients in hospitals. Pharmacotherapy met the standard of primary health care for pneumonia and provided recovery in 86.2% of cases.

Ключевые слова: сельское население, внебольничная пневмония, тяжесть течения, антибиотикотерапия, эффективность фармакотерапии

Key words: rural population, community-acquired pneumonia, severity, antibiotic therapy, pharmacotherapy effectiveness

Внебольничная пневмония (ВП) относится к наиболее частым и проблемным болезням человека, является одной из ведущих причин смерти. Согласно официальной статистики, в Российской Федерации общее число больных

пневмонией ежегодно превышает 1,5 миллиона [1]. Летальность от ВП также представляет актуальную проблему. В России только из числа госпитализированных пациентов ежегодно умирает около 10-15 тысяч человек (3,3%) с ВП, и

количество летальных исходов в первом звене здравоохранения среди больных старших возрастных групп значительно [2].

При лечении инфекционной патологии респираторного тракта в 80% случаев требуется применение антибактериальных препаратов (АБТ), при этом ключевым решением, от которого зависит эффективность и безопасность терапии, является правильно обоснованный выбор стартового АБТ [3].

Цель исследований.

Целью настоящей работы явилось изучение особенностей фармакотерапии пациентов с внебольничной пневмонией в стационарах круглосуточного пребывания в одном из сельских районов Ставропольского края (СК).

Материал и методы.

Проведен анализ медицинских документов пациентов, находившихся на лечении в районной (РБ) и трех участковых больницах (УБ) Шпаковского района Ставропольского края в 2010-

2017 гг. Шпаковский район занимает западный сектор СК, имеет площадь 2363 кв. км, расчетная численность, по данным Министерства Здравоохранения СК, 141210 человек. Всем пациентам, включенным в исследование, выполнены стандартные клиничко-лабораторные и инструментальные исследования. Лечение проводили в соответствии с действующими рекомендациями [4,5,6].

Результаты и их обсуждение.

Всего изучены 1134 истории болезни пациентов с подтвержденным диагнозом ВП. Распределение пациентов по возрасту и полу представлено в таблице 1.

Мужчины составляли 57,5%, а женщины - 42,5%. Чаще всего (в 43,6% случаев) ВП диагностировали у лиц 18 - 55 лет, несколько реже (34,9% случаев) - в возрасте 56 - 75 лет, у пациентов в возрасте старше 75 лет - в 21,5% случаев. Доля лиц с ВП среди людей трудоспособного возраста составила 66,7%.

Таблица 1

ВОЗРАСТНО - ПОЛОВОЙ СОСТАВ ПАЦИЕНТОВ.

Стационар	Возраст, пол		Возраст, пол		Возраст, пол		ИТОГО	
	18-55		56-75		старше 75			
	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж
РБ	213	148	179	127	106	86	498	361
Пелагиадская УБ	41	38	14	21	3	11	58	70
Надеждинская УБ	26	12	21	24	10	8	57	44
Сенгилеевская УБ	11	7	11	10	2	5	24	22
Итого	291	205	225	182	121	110	637	497

Рентгенографически очаговые поражения выявлены у 19,6% обследованных, долевые - у 63,1% и сегментарные - у 17,3%. Продолжительность пребывания в стационаре составила 12±2 дней. Тяжелое течение ВП с развитием осложнений в форме инфекционно-токсического шока или острой дыхательной недостаточности отмечено у 21,5% больных, такое состояние требовало более длительного стационарного лечения сроком 22,5±2,5 дней.

После подтверждения диагноза ВП всем больным была назначена антибактериальная терапия (АБТ). В зависимости от тяжести течения заболевания и данных лабораторно-инструментальных методов исследования 59,2% пациентов получали монотерапию АБП, 40,8% - комбинацией АБП.

При монотерапии АБП чаще всего (в 74,1% случаев) врачи назначали цефалоспорины III поколения (цефтриаксон, цефотоксим), в 25,91% случаев применяли фторхинолоны, аминогликозиды и макролиды, что соответствовало стандарту первичной медико-санитарной помощи при пневмонии [6]. При комбинированной АБТ наиболее часто (у 33,1% больных) назначали комбинации цефалоспорины III поколения (цефтриаксон) и фторхинолона (циплекс или лефлбакт). Несколько реже (у 21,8% больных) использовали сочетание β-лактаминового АБТ (амоксиклав) и макролида (азитромицин).

Сочетание цефалоспорины III поколения (цефтриаксон) и макролида (азитромицин) назначали 15,7% больных, а сочетание β-лактаминового АБТ (амоксиклав) и фторхинолона (циплекс) - 12,9%.

Госпитализированным пациентам с тяжелой ВП при наличии скудной или вязкой мокроты назначали мукоактивные препараты разного механизма действия (ацетилцистеин, карбоцистеин, эрдостеин) внутрь, инъекционно или в виде ингаляций через небулайзер.

При выраженном интоксикационном синдроме или невозможности оральной гидратации все пациенты получали дезинтоксикационную инфузионную терапию с использованием солевых, коллоидных растворов под контролем системного АД, диуреза, в более тяжелых ситуациях - под контролем центрального венозного давления.

При явлениях бронхиальной обструкции и гиперреактивности дыхательных путей применялись бронходилататоры (короткодействующие - β₂-агонисты: сальбутамол, фенотерол; холинолитики - ипратропия бромид). В случае невозможности применения ингаляционных бронходилататоров использовали производные метилксантинов (пероральные пролонгированные формы).

Первоначальную оценку эффективности АБТ осуществляли через 48- 72 ч после начала лечения. Основными критериями эффективности в этот

период являлись снижение интоксикации и температуры тела, уменьшение одышки и другие проявления дыхательной недостаточности. Продолжительность курса лечения определялась периодом восстановления клинических и инструментальных показателей и в среднем составляла 12 дней. При необходимости проводили лечение осложнений и сопутствующей патологии, что приводило к увеличению сроков госпитализации тяжелых больных до 20-25 дней.

Отсутствие положительной динамики лабораторных показателей и клинической картины в целом, а также развитие осложнений приводило к однократному изменению стартовой АБТ у 115 (10,14%) больных. При получении бактериологического анализа у 205 пациентов коррекция терапии с учетом результатов чувствительности к АБТ и резистентности потребовалась в 29 (14,6%) случаях. Смена стартовой терапии положительно сказывалась на динамике течения заболевания, приводила к компенсации состояния и полному выздоровлению.

Основным исходом лечения ВП в названных лечебных учреждениях являлось выздоровление, которое устанавливалось по действующим клиничко-инструментальным критериям и наступило в 977 (86,2%) случаях. Осложненное течение ВП с развитием плеврита наблюдалось у 92 (8,1%) больных, пневмофиброз – у 37 (3,3%), абсцедирование – у 28 (2,5%) больных, что определяло тяжесть течения заболевания, трудности лечения и прогноза. После лечения все пациенты были выписаны с положительной динамикой, в удовлетворительном состоянии, с рекомендациями, под наблюдение и дальнейший диспансерный учет участкового врача - терапевта по месту жительства.

Выводы

1. Заболеваемость ВП в районе составила 0,8% от общего числа населения (n=141210) и 40% от общего числа зарегистрированных случаев болезней органов дыхания (n=2833) за 2010-2017 гг., что свидетельствует об актуальности проблемы ВП для сельского населения.

2. Распространенность острых ВП выше на 15% у мужчин, чем у женщин; максимальную заболеваемость регистрировали у лиц от 18 до 55 лет, составившую 66,7% у трудоспособных пациентов стационаров.

3. На стационарное лечение направляли больных с пневмонией средней тяжести и тяжелого течения заболевания, средние сроки госпитализации составляли 12±2 дней.

4. В структуре поражений легких при осложненной пневмонии у жителей Шпаковского района Ставропольского края РФ преобладали долевые, субдолевые, сегментарные, полисегментарные (55,8%) и очаговые (44,2%) процессы.

5. У госпитализированных пациентов в зависимости от тяжести течения ВП при стартовой монотерапии превалировали цефалоспорины III поколения; при комбинированной фармакотерапии препаратами выбора являлись различные сочетания β-лактамов АБП, а также комбинация цефалоспоринов с бета-лактамами в средних дозировках парентерально по общепринятой схеме, что соответствовало стандарту первичной медико-санитарной помощи при пневмонии и обеспечивало выздоровление в 86,2% случаев.

Список литературы:

1. Попова А.Ю., Ужлова Е.Б., Демина Ю.В., Омириев З.М. Актуальные вопросы внебольничных пневмоний в Российской Федерации// Consilium Medicum. – 2016. - №18 (3). – С. 22-23.
2. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Козлов Р.С. и соавт. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике// Клин. микробиол. антимикроб. химиотер. – 2010. – № 3. – С. 186-225.
3. Чучалин А.Г. Пневмония: актуальная проблема медицины XXI века// Терапевтический архив. – 2016. - № 3. – С. 4-12.
4. Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при пневмонии средней тяжести: Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29.12.2012 г. № 1658 Н.
5. Об утверждении стандартов первичной медико-санитарной помощи больным пневмонией: Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23.11.2004 г. № 263.
6. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. № 1213н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при пневмонии».